FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1947

—

THÈSE 721

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

André-Jean MACAUX

né le 11 Juin 1921, à Angers (M.-&-L.)

14 NOV 1947

Présentée et soutenue publiquement le *1947*

DU TRAITEMENT DES FISTULES ANALES

EN PARTICULIER PAR

LA MÉTHODE de BRÉGER

Président : **M. le Dr SÉNÈQUE,** *Professeur de Clinique Chirurgicale.*

IMPRIMERIE MODERNE
3 et 5, Rue Saint-Maurille
ANGERS

1.1.47

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... **Léon BINET.**
Membre de l'Institut

ASSESSEUR ..... **Jean VERNE.**

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ (R.)
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BENARD (H.). CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUÉJOUL. LÉVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNÈQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.

DU TRAITEMENT

DES

FISTULES ANALES

en particulier

par la Méthode de BRÉGER

André MACAUX

PATHOGÉNIE

ET

TRAITEMENT

DES

FISTULES ANO-RECTALES

Méthode de l'anse à drainer
Technique de BRÉGER

1947

ANGERS
Imprimerie Moderne
3 et 5, Rue Saint-Maurille

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A Monsieur le Docteur MAUGOURD

Ancien chef de clinique obstétricale
Médecin Honoraire de l'Hôtel-Dieu

Que mon Grand-Père reçoive ici le témoignage de mon affection et de mon admiration pour sa vie, toute consacrée au service du malade. Que son exemple me guide dans l'exercice de la profession médicale.

A MON PÈRE, ARCHITECTE. E.D.B.A.

Ma reconnaissance et mon affection.

Son énergie, son dévouement, son existence toute entière consacrée au labeur, m'ont permis de mener à bien ces études.

A MA MÈRE

Sa haute culture, sa grande tendresse ont contribué à ma formation.

Qu'elle trouve ici le témoignage bien imparfait de mon amour filial.

A MA GRAND'MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

En souvenir des heures heureuses de notre jeunesse.

AUX MIENS ET LA MEMOIRE DES MIENS

A Monsieur le Professeur SENEQUE

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu me faire l'honneur de présider cette thèse.

Hommages respectueux et reconnaissants.

A Monsieur le Professeur agrégé SICARD

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur René A. GUTMANN

Officier de la Légion d'Honneur

Médecin des Hôpitaux de Paris

Qu'il me soit permis de lui exprimer ma grande admiration et ma profonde gratitude pour l'enseignement que j'ai reçu pendant les années où j'ai été attaché à son service.

A Monsieur le Docteur Ed.-A. PERIER

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Ancien assistant des Hôpitaux de Paris

A qui je suis très reconnainssant d'avoir bien voulu m'aider de ses conseils et par les documents qu'il m'a fournis pour l'élaboration de ce travail.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Professeur agrégé DEGOS

Monsieur le Docteur PORCHER
Electro-radiologiste de l'Hôpital Saint-Antoine

Monsieur le Docteur CAROLI
Médecin des Hôpitaux de Paris

Madame le Docteur M. LANNEGRACE-PARTURIER
Attachée à la Clinique Médicale de la Faculté

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
ET DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

A Monsieur le Docteur DENECHAU
Professeur de Clinique Médicale
Directeur honoraire de l'Ecole de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui a guidé mes premiers pas dans la Médecine. Hommages respectueux et reconnaissants.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

METZGER
Directeur honoraire de l'Ecole de Médecine
BOUMARD
Directeur de l'Ecole de Médecine
NAULLEAU
BIGOT
ROUCHY
MARTIN
PERRAULT
DELESTRE
SARRAZIN
NEDELEC
TESTARD
AMSLER
ROUSSEAU
CLOSIER
Médecins de l'Hôtel-Dieu d'Angers

BONHOMME
BAYLE
LECOCQ
COURTILLE
Chefs de Clinique

Que je remercie respectueusement pour leur précieux enseignement.

A MES CAMARADES

SOMMAIRE

Pages

INTRODUCTION 15

PREMIER CHAPITRE :

Historique 17

DEUXIEME CHAPITRE :

Les procédés d'excisions 20
Procédé de Lockart-Mummery 20
Procédé de Roblès, Cunéo et Picot 21
Procédé de Wihtehead 22
Procédé de Stephen Smith 23
Technique de Chassaignac-Delbet 23
Sclérose chimique des fistules 25
Procédé de Kaufmann 26

TROISIEME CHAPITRE :

Pathogénie et Anatomie Pathologique des fistules 29
Le sinus ou poche sous-muqueuse 32
L'orifice interne 33

QUATRIEME CHAPITRE :

Tuberculose et fistule 37
La fistule du tuberculeux est-elle un émonctoire (Heurteloup-Leibinson) ? 38
Il est difficile de prouver la nature tuberculeuse d'une fistule. 40
L'inoculation au cobaye 40
Il faut intervenir chez les tuberculeux 43

CINQUIEME CHAPITRE :

L'exploration du trajet 45
Radiographie avec filiforme opaque 48

Pages

SIXIEME CHAPITRE :

Traitement par la Méthode de Bréger 50
Traitement des Intra-Sphinctériennes 50
Mise en place de la bougie filiforme 51
Anesthésie 52
Débridement par courant de haute fréquence 52
Il ne faut pas mécher. — Soins post-opératoires 53
Traitement des abcès pariétaux ouverts dans le rectum..... 54
Traitement des Extra-Sphinctériennes 54
Drainage aux fils de nylon 55
Durée du drainage 56
Section du sphincter par abaissement progressif 56
Cathétérisme de la fistule impossible 57
Inconvénients et avantages 57
Les résultats 58
Observations 59
Conclusions 65

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 66

INTRODUCTION

Du Traitement des Fistules anales en particulier par la Méthode de BRÉGER

Peu de sujets ont été aussi longtemps discutés. Peu de maladies ont reçu d'aussi divers traitements, mais bien peu de fistules aussi ont donné satisfaction par l'évolution ultérieure à ceux qui avaient entrepris leur thérapeutique. Médecins et chirurgiens ont pendant plusieurs siècles tatonné, abandonnant un procédé pour le redécouvrir quelques lustres après : c'est d'ailleurs, dans son principe, un procédé déjà ancien que nous décrirons, mais mis au point, amélioré dans sa technique et qui donne de parfaits résultats.

Le plan de ce travail sera le suivant :

Dans un bref exposé nous ferons l'Historique du traitement de la fistule par le lien élastique — depuis l'antiquité jusqu'à la fin du XIX^{e} siècle.

Puis dans un deuxième chapitre nous entreprendrons de décrire et de discuter les divers traitements de mise à l'heure actuelle : les méthodes chirurgicales basées sur la dissection et l'excision du trajet, les méthodes moins sanglantes se rapprochant de celle de Bréger, nous voulons dire : celle de Kaufmann.

Puis dans le troisième chapitre, nous donnerons les différentes opinions classiques, modernes, en ce qui concerne l'anatomie pathologique et la pathogénie de la fistule ; nous nous efforcerons surtout de rendre claire la notion pathogénique primordiale du

sinus sous-muqueux dérivé de l'abcès sous-muqueux stade primitif de la fistule.

Le quatrième chapitre sera un exposé des rapports qui lient Fistule et Tuberculose. Nous avons cru devoir séparer ce chapitre de celui sur la pathogénie pour en faire un exposé des méthodes américaines d'investigation en matière de tuberculose : au cours de ce chapitre nous rapporterons les travaux de BUIE et JACKSON (de Rochester), ceux de KAUFMANN et ceux de CABANIÉ (de Tanger) et dirons les divers tests qu'emploient les uns et les autres pour discerner la nature tuberculeuse d'une fistule.

Les deux derniers chapitres, plus proprement techniques, auront pour but d'exposer la méthode de traitement proposée par BRÉGER : d'abord l'exploration de la fistule, avec la bougie filiforme, opaque au besoin pour prise de clichés radiographiques ; ensuite, la conduite du traitement, sa durée, le matériel employé, les quelques petites difficultés rencontrées. Puis nous exposerons en conclusions les statistiques de BRÉGER et de PÉRIER.

PREMIER CHAPITRE

HISTORIQUE

Le principe de la ligature pour le traitement de la fistule anale remonte à l'antiquité la plus reculée.

Les anciens, suivant en cela le Père de la médecine, appelaient cette méthode « APOLINOSIS ».

Dans les textes hippocratiques on en trouve une description qui ne manque pas de précision. Il faut prendre « cinq fils minces de la longueur d'une palme et les entourer d'un crin de cheval ». Nous n'avons pas de détails sur la traction employée.

Mais CELSE est encore plus précis, il a bien vu l'avantage de la méthode et surtout sa simplicité : elle permet, dit-il, de guérir une fistule.

« Ex alto in imum et sine dolore »

Elle n'immobilise pas le malade. « Interim autem licet négotia agere, ambulare, cibum capere, perinde atque sanissimo. »

Il se servait de « fil cru et bien retors ». « Ayez soin, dit-il, que le fil ne pourisse, et par ce moyen la chair et la peau qui sont entre les bouts du fil se consumment peu à peu et le côté qui est touché par le fil se ronge. »

A sa suite PAUL D'EGINE a repris la méthode dite « des crins » mais il la réserve aux malades pusillanimes.

Au X^{e} siècle, les Arabes emploient l' « apolinôse ». « Des

crins tordus ou des soies de cochon », c'est le matériel d'AVICENNE, il observe également que la ligature trop forte peut entraîner des convulsions.

Citons ABULCASIS qui, au Moyen-Age, verra sa méthode reprise par les chirurgiens.

ROGER DE PARME remplissait les fistules de bourdonnets traversés par des fils qu'il serrait peu à peu pour couper les « parois calleuses ».

GUILLAIN DE SALICET utilisait un fil garni de nœuds pour qu'il « coupe mieux et irrite davantage ».

Puis ce sont FABRICE D'AQUAPENDENTE, AMBROISE PARÉ, GUY DE CHAULIAC qui, tour à tour, vont vanter l' « apolinôse ».

PIERRE FAUBERT se servait d'un fil de plomb qu'il introduisait dans la fistule quand elle était complète et qu'il serrait de plus en plus tous les trois jours jusqu'à ce que les parties fussent coupées.

CAMPER évitait le plomb qu'il trouvait trop enclin à donner des douleurs, mais préférait le lin et la soie.

Un chirurgien de Stockolm, Fr. BOUSQUET, se servait d'un fil de plomb entouré de charpie et introduit à l'aide d'une aiguille dans le trajet fistuleux.

Jusqu'en 1860 environ que l'on étudie n'importe quel compte rendu des méthodes employées, que ce soit des textes de DESAULT, VIDAL DE CASSIS, CLÉMOT de Rochefort, COURTY, PICOT, QUÉRIEL de Marseille, tous les procédés se ressemblent et comme le dit un de ces auteurs :

« Qu'on fasse la ligature avec un cordon composé de fils de lin et d'un crin, d'une ficelle, d'un fil de plomb comme le veut FAUBERT, toujours est-il qu'on cherche à agir par pression sur la bride afin de faire naître une inflammation éliminative qui doit chasser la ligature et couper le pont qu'elle embrasse. La diérèse marche ici avec la synthèse, les tissus qui sont en arrière de la ligature se cicatrisent pendant que ceux qui sont en avant se divisent. »

A partir de 1860 et jusqu'à nos jours, une autre époque apparaît : les traitements chirurgicaux commencent à être décrits

et employés tant en France qu'à l'Etranger; on dissèque, on résèque le trajet avec plus ou moins de succès.

Certains continuent d'être fidèles aux autres méthodes, et ce sont les travaux sur le lien élastique qui, à la fois, draine et sectionne, de GRANDESSO-SILVESTRI DE VICENCE en 1862, de DITTEL de Vienne en 1873, ALLINGHAM à Londres en 1874. Seuls en France : MOLLIÈRE de Lyon, COURTY de Montpellier, PICOT plus tard, avec le Professeur TERRIER (1883), préconisent le lien élastique.

C'est bien plus l'ère chirurgicale : les méthodes sanglantes sont beaucoup plus rapides mais aussi vouées aux récidives dans beaucoup de cas.

Nous exposerons dans le chapitre suivant les principaux modes de traitement chirurgicaux encore de mise à l'heure actuelle; qu'il nous suffise de dire ici que certains recherchent l'excision en bloc du trajet pour les grosses fistules, la dissection des fistules invétérées puis le capitonnage des cavités parfois énormes ainsi créées. D'autres avec CUNÉO et ROBLÈS, après excision du trajet font un abaissement de la muqueuse qu'ils suturent à la peau de la marge anale.

Les procédés chirurgicaux n'ont pas semblé donner les résultats attendus. C'est ainsi que sur 96 opérés de DELBET, 15 avaient présenté une désunion partielle et 11 une désunion complète.

Nous terminons ce chapitre historique en disant que c'est à KAUFMANN que revient le mérite d'avoir ces dernières années remis en honneur la méthode du lien élastique qui entre ses mains a donné de beaux résultats.

On lui doit aussi d'avoir redécouvert la grande notion pathogénique du « sinus » et la description du « plan principal » d'abaissement d'une fistule.

DEUXIEME CHAPITRE

Exposé des diverses méthodes, autres que la méthode de Bréger, employées actuellement pour le traitement des fistules anales

LES PROCEDES D'EXCISIONS

La résection en deux temps ou procédé de Lockart-Mummery

S'adresserait aux fistules complexes en rapport avec le sphincter. Elle éviterait l'incontinence.

Dans un premier temps, on commence par exciser tous les trajets extra-sphinctériens, une fois la cicatrisation obtenue, il se trouverait formé autour et au-dessus du sphincter un tissu cicatriciel, fibreux qui l'envelopperait.

On attend une quinzaine de jours et l'on excise le trajet sphinctérien en coupant ce muscle. Il faudrait l'inciser perpendiculairement à la direction de ses fibres. Pendant la cicatrisation de cette deuxième plaie l'anneau fibreux circonférentiel du premier temps rapprocherait les deux extrémités du sphincter sectionné et la reconstitution de l'anneau serait ainsi obtenue.

C'est une méthode qui, dans les mains très expertes de chirurgiens entraînés aux interventions sur le rectum, donne de beaux résultats : elle est difficile à faire accepter aux malades ; il y a

en effet deux interventions; d'autre part, est-ce que l'anneau fibreux rapproche bien les deux extrémités du sphincter ?

« Il vaut mieux », comme le disait TILLAUX, « garder une fistule qui suppure que de s'exposer à une incontinence des matières ».

LE PROCÉDÉ DE ROBLÈS, CUNÉO ET PICOT

Encore assez employé maintenant et que PAUL PADOVANI préconise dans son article de l'Encyclopédie médico-chirurgicale. Il a fait aussi l'objet d'une thèse de J. BLANQUINE. Nous nous y arrêterons plus longuement.

Les principes de cette méthode résident dans les deux propositions suivantes :

a) Exciser la fistule et la lésion originelle qui l'entretient. Cette lésion étant « le plus souvent » sur la paroi rectale.

b) Abaisser au devant de la brèche rectale ainsi créée, un rideau muqueux et isoler ainsi complètement la fistule excisée.

Voici les différents temps opératoires, schématisés par le Professeur CUNÉO, à la Société de Chirurgie.

Premier temps. — Après avoir circonscrit l'orifice cutané de la fistule, on isole le trajet de celle-ci jusqu'au niveau de son orifice rectal. La section du trajet à ce niveau découvre nettement cet orifice de dimension variable suivant les cas.

Deuxième temps. — L'anus a été préalablement dilaté, on écarte ses parois et on découvre l'orifice muqueux du trajet. On sectionne alors la muqueuse rectale au niveau de l'orifice et on la décolle de bas en haut aussi loin que possible en hauteur et sur la moitié au moins de la circonférence anale en largeur. On enlève ensuite la muqueuse sous-jacente à l'orifice interne; on procède alors à la fermeture par un point en bourse, de l'orifice créé sur la tunique musculaire.

Troisième temps. — La muqueuse sous-jacente est alors abaissée, comme un rideau, au devant de l'orifice ainsi fermé.

Les chefs de la suture en bourse, sont fixés à la face profonde de la muqueuse, pour concourir au maintien de son abaissement. Mais celle-ci est assurée avant tout par la fixation de la muqueuse à la peau de la marge de l'anus.

On se contente de fermer la partie supérieure de la brèche périnéale et de bourrer sa partie inférieure par une mèche.

Le gros inconvénient de cette méthode c'est le décollement de la muqueuse rectale : c'est un danger d'infection à cause de l'espace mort au niveau de la partie sous-jacente à l'orifice muqueux ancien. La durée de la cicatrisation varie entre quatre et six semaines.

Cette méthode a d'ailleurs été plusieurs fois modifiée. Le Professeur CUNÉO d'abord en vient à :

— Fendre verticalement la muqueuse en allant de l'orifice interne à l'anus.

— Puis à tailler un lambeau triangulaire sus-jacent à l'orifice fistuleux, la pointe du lambeau correspondant à cet orifice.

ROBERT ABBE (de New-York) commence comme ROBLÈS et CUNÉO mais après avoir extirpé l'orifice interne et la partie sous-jacente, fait une suture longitudinale. On ne voit d'ailleurs pas quel est l'avantage ainsi apporté.

C'est dans son ensemble une méthode très compliquée qui donne paraît-il de fort beaux résultats, mais nécessite une technique et une habileté très grandes. Par ailleurs rappelons que la durée de cicatrisation est en moyenne de quatre à six semaines avec pansements quotidiens au début.

Nous ne ferons que signaler ou esquisser la méthode suivante :

LE PROCÉDÉ DE WIHTEHEAD

Qui, dans son principe, est un décollement du cylindre muqueux rectal et son abaissement avec suture à l'anus : GROSS dit qu'en Amérique le Wihtehead est d'emploi courant.

Voici comme SIEBNER, en Allemagne, la pratique :

a) Excision et autoplastie cutanée : l'incision réalise un fer à cheval à concavité tournée vers le rectum et encadrant les divers orifices fistuleux ; tous les trajets sont excisés ; le lambeau interne est assoupli par des débridements radiés et appliqué contre le cylindre ano-rectal.

b) Whitehead proprement dit : On pratique alors l'incision circulaire de la muqueuse à sa jonction avec la peau et on libère le fourreau muqueux ; le décollement est poursuivi assez loin de l'orifice profond afin que la muqueuse saine puisse être abaissée à l'anus et suturée après résection de la totalité du fourreau muqueux comprénant l'orifice profond.

c) L'incision initiale en fer à cheval est laissée ouverte.

Dans quatre cas cités par REHN, les opérés guérissent respectivement en 45, 20, 15 et 28 jours.

C'est une méthode de plus en plus abandonnée.

LE PROCÉDÉ DE STEPHEN SMITH

C'est la résection avec suture partielle et drainage qui est conseillée.

CABANIÉ, dans le rapport du Professeur GRÉGOIRE, semble avoir obtenu des succès avec cette méthode.

L'école de Rochester l'a aussi employée.

KAPANDJI relate un échec total chez une de ses opérées.

Le Professeur DELBET, parlant de cette méthode, a dit il y a déjà longtemps : « On remplace une fistule infectée par une fistule propre. »

MADIER ET KAPANDJI REPRENANT LA TECHNIQUE DE CHASSAIGNAC-DELBET

Préconisent l'excision large du bloc fistuleux comme d'une tumeur suivie immédiatement de la suture complète du trajet. KAPANDJI ne laisse qu'un petit bourdonnet de coton qui tombe

lui-même en quelques jours : sur 43 malades opérés par lui et cités dans sa thèse, nous notons : 32 guérisons per primam, soit 74 % avec un total de 365 jours et une moyenne de 11 jours et demi environ, 9 désunions partielles, soit 20 % avec un total de 161 jours et une moyenne de 18.

Deux échecs avec désunion complète, soit 5 %. L'un d'entre eux guérit en 41 jours, le deuxième fut un échec complet. »

CABANIÉ a employé cette méthode à Tanger; il donne une statistique qui porte sur un grand nombre de cas :

Cet auteur cite 62 fistules opérées en 1936, avec succès semble-t-il. En 1938, il donne une nouvelle série de 66 cas, 19 extra-sphinctériennes « sans récidive connue », mais quatre désunions totales qui ont guéri par seconde intention. Mais par contre les durées d'hospitalisation varient de 13,2 jours à 26,7 jours, la moyenne étant de 18,7 jours, ce qui, à notre avis, constitue le plus gros inconvénient de la méthode.

Il y a là en effet une disproportion trop grande entre l'acte opératoire, la durée d'hospitalisation et l'importance relativement minime de l'affection causale.

Citons pour terminer cette longue énumération de procédés chirurgicaux : celui de GERNEZ, employé par MOULONGNET qui en a fait un rapport à la Société de Chirurgie.

Enfin celui de DELORE qui ne porte que sur quelques cas isolés.

LA CRITIQUE DES PROCÉDÉS CHIRURGICAUX est très difficile à faire : les principales observations que nous ferons à notre point de vue, délaissant les difficultés de technique, sont :

L'absence d'une certitude dans la guérison; les cas de désunion partielle ou totale varient d'un procédé à l'autre dans une proportion de 3 à 10 %.

La nécessité d'une hospitalisation souvent très longue avec des soins post-opératoires très minutieux et prolongés.

Enfin la nécessité d'intervenir sous anesthésie générale, jointe aux risques du choc opératoire.

La lenteur de la cicatrisation.

Le danger d'une infection grave de la plaie opératoire évoluant parfois vers le phlegmon de la fosse ischio-rectale.

L'exposé de ces diverses méthodes montre qu'en tout cas et de tout temps, les chirurgiens ont rencontré de grandes difficultés dans le traitement des fistules ano-rectales. Nous croyons cependant, avec KAPANDJI, LENORMAND et CABANIÉ, que la méthode de CHASSAIGNAC-DELBET donne, parmi les autres méthodes, les moins mauvais résultats : elle ne nécessite pas de décollement muqueux, ni de temps opératoire supplémentaire, elle donne parfois des résultats parfaits, et ses délais de guérison sont les moindres (cicatrisation en 11 jours de moyenne).

***

Nous allons dire quelques mots ici d'une méthode peu employée en France, surtout en vogue en Italie mais qui a fait dernièrement l'objet d'un rapport à la Société de Gastro-Entérologie : il s'agit de

LA SCLÉROSE CHIMIQUE DES FISTULES ANALES

Dans un de ses articles, MAX FILIPPI relate les divers travaux qui ont précédés le sien sur la question : en France ceux d'ANTOINE et de LUDLEY, de RAVINA et BENZAQUEN, de BERTHOUMEAU, en Amérique du Sud ceux de RESTREPO.

Il emploie des formules ainsi composées :

Fuschsine ou Bleu de méthylène. . .	2 gr.
Acide phénique neigeux	2 gr.
Alcool à 90°	10 cm3
Eau distillée	100 cm3

Ces solutions ont d'après lui « *un mordant remarquable* », il injecte quelques centimètres cubes, tous les quatre jours en

moyenne jusqu'à l'assèchement du trajet. Nous nous contenterons de citer intégralement ses résultats sans insister sur une technique qui semble, malgré les apparences, très subtile.

« *L'ensemble des résultats négatifs chez les fistuleux graves et des succès chez les porteurs d'intra-sphinctériennes* (17 *observations dont nous ne pouvons publier les détails : 8 intra, 6 extra, 3 trans.*) *nous permet de souligner les conclusions suivantes :*

« *Dans les intra-sphinctériennes jeunes et simples : injection sclérosante à résultat certain, qu'elles soient d'origine veineuse ou mécano-lymphatique ou encore d'origine cutanée.*

« *Dans les intra-sphinctériennes à point d'arrivée éloigné de l'anus ou dans les intra complicant les trans ou les extra-sphinctériennes : injection sclérosante à éviter.*

« *Dans les trans-sphinctériennes à trajet simple et court : injection sclérosante négative malgré l'indication théorique formelle.*

« *Dans les trans et les extra-sphinctériennes compliquées allant jusqu'à l'aspect en « pomme d'arrosoir », l'injection sclérosante est restée strictement négative.*

« *En somme l'injection sclérosante est élective et active dans la seule intra-sphinctérienne jeune et simple qui serait, malgré les divergences des statistiques tant médicales que chirurgicales, le type de fistule le plus communément rencontré.* »

∴

Il nous reste à étudier les méthodes actuelles employant l' « *anse à drainer* ».

C'est avant tout la méthode de Kaufmann

Exposée dans la thèse de Gascon et dans le livre « *de fistula ani et Recti* ».

Nous résumerons ici les idées de Kaufmann. Elles ont d'ailleurs bien des points communs avec celles de Bréger.

KAUFMANN a eu le grand mérite d'attirer l'attention avant tout sur l'orifice interne, il considère toujours la fistule comme totale, complète, même lorsqu'un panneau de muqueuse rectale empêche la sonde de passer dans la lumière rectale.

« UN PANNEAU DE MUQUEUSE, NON PERFORÉE, EST UN AGENT SUFFISANT POUR ALIMENTER LA FISTULE EN SÉCRÉTION. »

D'où il découle que dans ce cas on doit détruire le panneau muqueux : il le fait à l'aide de la diathermo-coagulation.

Pour le « *sinus* » sous-muqueux, il l'effondre au doigt.

Au reste nous allons résumer brièvement son mode opératoire :

1° Anesthésie locale.

2° Destruction du couvercle muqueux « absorbant » du sinus, c'est-à-dire mise à plat du décollement sous-muqueux, par voie rectale ou périnéale : dans ce dernier cas, il agrandit l'orifice externe, introduit un index dans la plaie jusqu'à ce qu'il sente le doigt intra-rectal à travers le mince rideau de la muqueuse décollée; puis il décolle le couvercle muqueux et l'expose à la destruction par la diathermo-coagulation.

3° S'il y a lieu, c'est-à-dire si le trajet est dur, scléreux, il l'excise, mais il néglige les décollements.

4° LE DRAINAGE RATIONNEL basé sur la notion du « *plan principal* ». Cette notion entraîne s'il y a lieu la rectification de l'orifice cutané de la fistule. En effet, celui-ci doit être dans le plan vertical de l'orifice interne, — ce « PLAN PRINCIPAL » de KAUFMANN jouit des propriétés suivantes :

— Il contient le plus court trajet entre l'orifice interne et la peau.

— Il est dans un pli radié, donc perpendiculaire au sphincter.

Le drainage est réalisé par trois brins de caoutchouc, tressés, entrant par l'orifice cutané, rectifié s'il y a lieu, et sortant par l'anus.

Grâce à ce drainage, les décollements se comblent spontanément, même quand ils traversent le releveur : la tendance à la

cicatrisation vient de ce fait qu'ils ne sont plus alimentés par l'infection venue du sinus sous-muqueux qui a été détruit dans le premier temps.

Quand tous les décollements sont cicatrisés, ce qui demande dix, vingt ou trente jours, on voit qu'en comprimant les tissus entre le doigt rectal et une main sur le périnée, on ne provoque plus ni douleur, ni issue de pus et que le stylet ne s'engage nulle part ailleurs que le long de l'anse à drainer.

5° Section du sphincter :

Dès lors on remplace l'anse à drainer par un lien de caoutchouc serré sur bourdonnet ou un crin tiré par un élastique, on donne quelques pilules d'opium au malade et en quelques jours la ligature traverse le sphincter au fur et à mesure que la cicatrisation se fait au-dessus d'elle : le fil est retrouvé dans le pansement.

Le fait essentiel c'est que le patient n'est en principe pas immobilisé par le traitement.

Le gros inconvénient c'est la douleur très vive éprouvée par le patient pendant la durée de striction.

Enfin certains auteurs, CUNÉO avec BLANQUINE entre autres, lui ont fait quelques reproches, notamment le risque d'incontinence, et aussi le risque d'échec car, disent ces auteurs, l'abaissement étant trop rapide, on peut assister à une cicatrisation de dehors en dedans qui reproduirait la fistule.

En fait le procédé de KAUFMANN par le drainage rationnel et la section perpendiculaire et lente du sphincter, apporte une amélioration considérable ; GASCON rapporte 24 cas de fistules opérées par ce procédé en 1936 : 5 étaient extra-sphinctériennes, 6 étaient tuberculeuses ou suspectées de tuberculose.

Tous les malades ont guéri localement. Et le traitement fut ambulatoire, sans qu'aucune fois on ait dû hospitaliser.

Nous voici au terme de l'étude des procédés modernes de traitement des fistules : nous n'avons pas à traiter ici de la technique de BRÉGER. *Ce sera l'objet des chapitres suivants.*

TROISIEME CHAPITRE

Pathogénie et Anatomie Pathologique des Fistules

Nous traiterons ici brièvement de l'anatomie pathologique et de la pathogénie des fistules, notions qui nous amèneront à classer ces fistules en plusieurs groupes.

POUR LES AUTEURS CLASSIQUES :

Une fistule comporte un trajet plus ou moins compliqué et un ou plusieurs orifices. La fistule complète présente deux orifices, l'un cutané, l'autre intestinal. La fistule borgne n'a qu'un orifice. Elle est borgne externe si l'orifice est cutané, borgne interne s'il est intestinal.

En somme et classiquement :

Fistules complètes, c'est-à-dire aboutissant à la fois au rectum et à la peau.

Borgnes externes, aboutissant à la peau mais sans communication avec le rectum.

Borgnes internes, sans orifice cutané, mais ouvertes dans le rectum.

POUR LES AUTEURS MODERNES :

Et parmi ceux qui ont le plus étudié la question, CABANIÉ, KAUFMANN, BRÉGER, PÉRIER; ils estiment que les distinctions classiques sont sans importance :

CAR POUR EUX LA FISTULE EST TOUJOURS COMPLETE.

Ils se basent pour porter cette affirmation sur la pathogénie de la fistule.

Mais beaucoup plus importante est la situation du trajet fistuleux par rapport au sphincter : c'est d'elle que dépend le traitement et elle impose la classification des fistules en deux groupes :

a) Les intra-sphinctériennes.

b) Les extra-sphinctériennes.

PATHOGÉNIE

Toute la pathogénie des fistules repose sur ce fait fondamental que

TOUTE FISTULE ANALE A POUR ORIGINE UN ABCÈS SOUS-MUQUEUX.

Quelque soit son origine, cet abcès aura le choix pour s'évacuer entre trois directions :

1° Vers l'intestin, par perforation de la muqueuse rectale.

2° Vers l'espace décollable compris entre sphincter et muqueuse rectale.

3° Vers le tissu cellulo-graisseux de la fosse ischio-rectale après passage en dehors du sphincter.

La deuxième et la troisième voie sont les plus fréquemment suivies et les abcès aboutissent plus ou moins loin de l'anus, à la peau de la région périanale. Le plus souvent il y a perforation en même temps de la muqueuse rectale avec évacuation partielle du pus dans le rectum.

Dans les deux premiers cas, évacuation par le rectum ou par l'espace décollable entre muqueuse et sphincter, la fistule est *intra-sphinctérienne*. Son trajet est à l'intérieur du tube sphinctérien.

Dans le troisième cas, évacuation par la fosse ischio-rectale, la fistule est *extra-sphinctérienne :* la majeure partie de son trajet chemine en dehors du sphincter.

BRÉGER, dans son article paru dans les « Feuillets du Pra-

ticien », fait alors plusieurs distinctions que nous jugeons capitales :

Parmi les *extra-sphinctériennes* dont nous venons de parler, il distingue :

1° LES FISTULES TRANS ET EXTRA-SPINCTÉRIENNES, quand le trajet a perforé le muscle en un point quelconque de sa hauteur.

2° LES FISTULES SUPRA ET EXTRA-SPINCTÉRIENNES, quand le trajet a enjambé le bord supérieur du muscle.

« Entre ces deux grands groupes : intra et extra, il existe des fistules anatomiquement intermédiaires, c'est-à-dire qui, dans la majeure partie de leur trajet, descendent dans l'épaisseur même du muscle, plus ou moins parallèlement à son axe : Ce sont les fistules INTER-SPHINCTÉRIENNES qui tantôt suivent le plan de clivage entre les sphincters externe et interne, tantôt se glissent entre les fibres du sphincter externe qu'elles dissocient.

« Mais pratiquement ces fistules ne doivent pas être considérées au point de vue opératoire comme un groupe indépendant. Selon, en effet, que leur trajet laissera en dehors ou en dedans de lui la plus grande épaisseur de muscle, il devra être traité dans le premier cas comme intra-sphinctérien, dans le second cas comme extra-sphinctérien. »

Pour résumer cette question, il existe deux groupes : les INTRA et les EXTRA, et dans ce dernier deux variétés, les TRANS et les SUPRA.

Cette distinction n'est pas classique, elle est propre à BRÉGER qui l'a adoptée par souci de précision et surtout pour bien mettre en évidence la discrimination à faire entre deux formes dont seule la *trans et supra-sphinctérienne* nécessite la section totale du sphincter, c'est la terrible erreur opératoire qu'il faut éviter, elle pourrait entraîner cette redoutable éventualité qu'est l'incontinence.

A côté de cette classification purement anatomique, PÉRIER adopte une classification uniquement clinique.

1° LES PETITES FISTULES SUPERFICIELLES, toujours intra-sphinctériennes, complication fréquente d'une fissure évoluée, s'accompagnant de marisques, d'abcès subaigu ou chronique. Elles font partie d'un petit bloc scléreux qu'il faut réséquer en totalité.

De trajet très court, situées à midi (en génu-pectorale) elles portent à peine le nom de fistules.

2° LES FISTULES VIERGES, en général, jeunes, récentes, peu scléreuses à orifice externe unique.

De drainage facile, elles vont guérir assez rapidement en quelques jours.

3° LES FISTULES ITÉRATIVES déjà opérées ou réopérées par différents procédés, elles comportent souvent plusieurs orifices externes, au doigt on peut voir un gros bloc scléreux périrectal; de drainage très délicat, nécessitant l'anesthésie générale; elles sont d'un traitement complexe et prolongé.

LE SINUS OU POCHE SOUS-MUQUEUSE

L'abcès sous-muqueux ne crée pas seulement une fistule, il laisse à sa place une poche sous-muqueuse par décollement de la muqueuse d'avec les tissus sous-jacents. Lorsque l'orifice interne n'existe pas ou s'est refermé, cette poche ou sinus des anciens auteurs, va constituer, par sa persistance, l'élément pathogénique majeur de la fistule.

KAUFMANN, dans la thèse de GASCON, dit ce qui suit :

« Nous sommes absolument convaincus de l'existence constante d'une communication avec l'intestin, la notion d'un trajet permanent, alimenté par une génération spontanée des secrétions nous apparaissant tout à fait irrationnelle.

Il faut s'obstiner à rechercher cet orifice interne parce que c'est encore là le meilleur moyen de le trouver...

Au XVIII° siècle on aimait mieux dire « chirurgien aveugle » que « fistule borgne »...

...Un panneau de muqueuse, non perforée, est un agent suffisant pour alimenter les fistules en secrétions...

...La perforation ? Elle n'est pas nécessaire. »

L'accolement de ses parois est en effet rendu impossible du fait que la muqueuse intestinale dont l'absorption est la fonction essentielle, fait passer constamment dans cet espace sous-muqueux les produits de son absorption.

« *Peu importe donc que cette poche communique directement avec le rectum ou en soit séparée par une muqueuse intacte, le résultat est identique; dans les deux cas le liquide intestinal se déverse dans la fistule.* » (BRÉGER.)

Il est cependant des cas où des fistules se présentent sans poche muqueuse : la guérison de cette poche s'est faite spontanément par accolement de la paroi, c'est le cas des poches muqueuses drainées par un large orifice au point déclive.

Il est d'autres cas où l'orifice cutané ayant tendance à se refermer, l'accumulation des sérosités se fait en vase clos dans le trajet et tend à faire sauter le clapet cutané, s'il y a résistance de ce côté, un nouveau trajet se crée, d'où fistule à trajets multiples.

En conclusion, nous dirons avec les auteurs modernes que :

TOUTE FISTULE EST PRATIQUEMENT TOUJOURS COMPLETE.

Il nous reste à dire quelques mots sur :

L'ORIFICE INTERNE ET LE CHEMIN SUIVI PAR LE TRAJET

L'ORIFICE INTERNE est dans la plupart des cas très bas situé : le doigt qui explore l'ampoule a toujours tendance à s'enfoncer profondément pour tâcher de dépasser le sphincter; c'est à tort, la plupart du temps l'orifice interne plus ou moins dur et scléreux est senti à quelques centimètres de la marge anale.

Il est tout à fait exceptionnel de le trouver haut, dans l'ampoule, et il n'existe à notre avis aucun cas où il siégeait à plus de six centimètres au-dessus de l'orifice anal, même dans les fistules pelvi-rectales supérieures; et c'est peut-être parce

qu'on cherche leur orifice interne trop haut, au fond du cul-de-sac pelvi-rectal, que les fistules pelvi-rectales supérieures sont réputées le plus souvent borgnes externes.

En effet, que la fistule soit ischio-rectale ou pelvi-rectale supérieure, l'orifice interne siège le plus souvent bas, dans le canal ano-rectal, au niveau de la ligne festonnée ano-cutanée, c'est-à-dire de la base des valvules de Morgagni, au voisinage du bord supérieur du sphincter externe, à deux ou trois centimètres au-dessus de l'orifice anal.

GOSSELIN écrivait :

« *Je n'ai aucune raison de croire que l'orifice interne se trouve souvent plus haut... J'admets avec la plupart des cliniciens et des auteurs qui ont écrit sur ce sujet, que la règle est de trouver l'orifice interne assez près de l'anus.* »

L'orifice interne siège :

— Sur la ligne médiane postérieure dans 50 % des cas.
— Sur la ligne médiane antérieure dans 20 % des cas.
— Latéralement 30 %.

Certains auteurs signalent le fait de la fréquente position de l'orifice interne sur la ligne médiane postérieure sans l'expliquer. D'autres, avec MASSE, CABANIÉ, KAUFMANN et GASCON, essaient de trouver une raison à cette localisation élective.

C'est Léon MASSE, dans une très belle thèse réalisée dans le laboratoire du Professeur ROUVIÈRE qui, le premier, a donné une explication.

Elle est anatomique :

« *Le siège du trajet fistuleux dans la paroi du rectum a sa raison d'être dans une disposition anatomique.*

« 1° *L'absence sur la paroi postérieure du rectum, au voisinage de la ligne médiane, de la couche musculaire longitudinale au niveau et un peu au-dessus du sphincter.*

« 2° *La diminution dans la même région du nombre et de l'épaisseur des fibres musculaires du releveur de l'anus.* »

GASCON et KAUFMANN sont d'un autre avis. Pour eux l'infection suivrait la route des lymphatiques principaux du rectum et l'orifice interne médian postérieur serait celui d'un adéno-phlegmon développé aux dépens du ganglion de GÉROTA, et fistulisé au niveau de la muqueuse.

« Voici comment nous reconstituons la succession des phénomènes :

« 1° Inflammation de la muqueuse.

« 2° Lymphangite et adéno-phlegmon dans les ganglions dits de GÉROTA, c'est le phlegmon rétro-rectal de QUÉNU (1892).

« 3° Le pus collecté à deux évolutions possibles, l'une cavitaire, l'autre extra-intestinale, comme un phlegmon amygdalien qui peut se vider dans le pharynx ou fuser dans les espaces peri-pharyngés le long des vaisseaux du cou... »

CABANIÉ semble se rapprocher des conceptions de MASSE, pour lui la fistule est plus fréquente au niveau du plan médian postérieur parce qu'à cet endroit un faisceau plus puissant du releveur vient « *feutrer* » le sphincter externe, « *tunellisant* » en quelque sorte l'anneau sphinctérien et c'est l'inflammation de ce faisceau musculaire qui provoquerait l'apparition de la fistule. En somme CABANIÉ s'appuie sur l'anatomie intime du sphincter, sur son « *feutrage* ».

Nous ne trancherons pas le débat, ce n'est pas notre rôle ici, mais tout en constatant simplement la localisation élective de l'orifice interne près de la marge ano-rectale, et sur la ligne médiane postérieure, nous admettons avec BRÉGER l'étiologie suivante :

L'ABCES SOUS-MUQUEUX PROVIENT :

1° Parfois d'une altération de la muqueuse, rectite, rétention de corps étrangers dans les cryptes de Morgagni, traumatismes.

2° Le plus souvent de l'inflammation d'une veine sous-

muqueuse à tendance hémorroïdaire. où la stase sanguine rend l'infection facile :

C'EST UNE PHLÉBITE OU UNE PÉRI-PHLÉBITE SUPPURÉE.

Contre ce fait, on ne peut invoquer l'absence de signes hémorroïdaires antérieurs, non plus que les renseignements donnés par le toucher rectal, auquel nous dénions toute valeur pour apprécier l'absence ou la présence d'hémorroïdes.

Seul compte l'examen endoscopique et nous avons toujours constaté qu'abcès et fistules s'accompagnaient d'un état hémorroïdaire.

D'ailleurs plus d'une fois nous avons eu l'occasion d'observer la naissance d'une fistule par ce procédé :

Au début c'est un thrombus hémorroïdaire qui apparaît sous forme d'une masse petite, dure, bleutée, très douloureuse. Si elle n'est pas aussitôt traitée par l'incision au bistouri et l'expulsion du caillot, automatiquement elle va donner un petit abcès sous-cutanéo-muqueux et la fistule va naître de l'ouverture de cet abcès.

Deux faits confirment ce point de vue :

Chez l'enfant où les hémorroïdes sont exceptionnelles, les fistules sont d'une extrême rareté.

Chez les animaux, qui ne possèdent pas d'hémorroïdes, la fistule est inconnue.

QUATRIÈME CHAPITRE

Tuberculose et Fistule

A vrai dire, ce chapitre serait mieux intitulé agents pathogènes, car il nous faut dire la flore banale et aussi celle plus rare rencontrée dans toute fistule. Mais le problème qui dominera cette étude sera celui de la fréquence diversement admise par les auteurs tant français qu'étrangers, et surtout américains, de la fistule tuberculeuse.

Les agents pathogènes rencontrés sont les microbes habituels de la suppuration dans les cas les plus nombreux.

GREFFATH, sur les 61 cas de sa statistique, a rencontré 5 diabétiques; cette tare constitutionnelle agit évidemment en favorisant le développement de suppuration qui, ultérieurement, se fistulise.

Quelques cas ont été attribués par BRÉGER à la maladie de NICOLAS-FAVRE, confirmés par réaction de FREI positive.

PÉRIER a essayé la méthode de BRÉGER dans deux cas de maladie de NICOLAS-FAVRE avec périnée en écumoire et blocs fistuleux multiples :

« *Nos résultats furent décevants et nous y avons renoncé complètement, surtout depuis l'importante communication de* RACHET *et* BUSSON *rapportant la guérison complète de cette maladie par les sulfamides donnés à dose prolongée.* »

MAIS IL EST UNE INFECTION QUI EXERCE UNE INFLUENCE CONSIDÉRABLE SUR LE DÉVELOPPEMENT DES FISTULES COMME SUR L'APPARITION DES ABCÈS : C'EST LA TUBERCULOSE.

Le fait est connu depuis longtemps et bien que LOUIS et ANDRAL aient pris, bien à tort, la peine de le contester, la chose est indéniable et les chiffres sont éloquents. Sur les fistules qu'ils ont observées GREFFATH a rencontré 16 % de tuberculeux avérés, ALLINGHAM 14 %, HARTMANN près de 50 %. De plus, sur 100 phtisiques, divers relevés dont celui d'HARTMANN, s'accordent pour admettre 5 fistuleux, proportion véritablement énorme et qui, à défaut d'autre raison, suffirait à démontrer l'influence de la tuberculose.

D'ailleurs, il s'agit là d'une notion très ancienne, il existe des textes Romains cités par BUIE qui montrent qu'il y a 2000 ans on considérait la fistule comme de même essence que la phtisie.

HEURTELOUP, en 1909, se basant sur les données anciennes qui voulaient que les fistules drainent les « *Humeurs de l'Economie* » et qu'on ne doit pas supprimer cet émonctoire, crée des fistules artificielles dans certains cas de tuberculose pulmonaire.

Plus récemment, nous voyons ces idées à nouveau soulevées par A. LEIBINSON; cet auteur cite 15 observations à l'appui de ce qu'il avance : il étudie les relations qui lient tuberculose pulmonaire et fistule anale et surtout les répercussions que peuvent avoir les divers traitements (collapsothérapie, thoracoplastie), sur la genèse ou l'évolution des fistules anales.

« *Dans les cas qui se sont présentés à nous et que nous avons pu recueillir indirectement, il nous a semblé qu'il y avait fréquemment une coïncidence troublante, entre le collapsus poussé d'un des lobes du poumon, du poumon entier, et particulièrement l'affaissement important du parenchyme contenant la lésion, et l'apparition d'accidents tels que l'abcès péri-anal dont la fistule est la conséquence directe.*

« *Dans cette catégorie de faits, l'apparition de l'abcès succède souvent à un tableau de diminution des crachats qui peuvent être contrairement aux fois précédentes, sans bacille de Koch.*

« *C'est un peu comme si on assistait à un épisode de réten-*

tion intra-pulmonaire provoqué par un affaissement important, qui selon toute probabilité, peut diminuer la facilité d'expulsion de secrétions toujours accumulées dans un de ses segments et sans cesse renouvelées.

« Cette fistule, souvent interminable, semble tous les jours évacuer le « trop plein » de l'infection tuberculeuse du sujet qui en est atteint. »

Mais s'il existe des fistules tuberculeuses, incontestablement, et dans une proportion que nous donnerons nous appuyant sur les travaux français et étrangers, nous verrons qu'en pratique, elles ne sont pas un empêchement pour le proctologue qui doit les traiter par la méthode que nous préconisons.

Buie, Smith et Jackmann, de Rochester, ont spécialement bien étudié la question dans un travail intitulé « The Rôle of Tuberculosis in anal fistula » ; nous l'avons traduit et il nous a inspiré en partie les pages qui vont suivre. Cinq questions se posent.

1° Existe-t-il une fistule tuberculeuse ?

2° Quel est le pourcentage des fistules anales tuberculeuses ?

3° Dans quel pourcentage de cas de fistule anale le processus tuberculeux est-il apparu le premier ?

4° Dans quel pourcentage de cas la fistule anale d'un tuberculeux est-elle tuberculeuse ?

5° Si une fistule est reconnue être tuberculeuse, faut-il en modifier le traitement ?

En étudiant les divers auteurs, il est facile d'établir des statistiques exactes quand au pourcentage de la coexistence d'une tuberculose pulmonaire et d'une fistule anale. Les chiffres fournis par les divers sanatoria ou hôpitaux généraux varient de 7 à 18 %.

Il est beaucoup moins facile de déterminer la fréquence de la nature tuberculeuse d'une fistule survenue chez un tuberculeux pulmonaire : là les statistiques varient de 4 à 100 %.

« D'ailleurs il est décourageant de vouloir comparer les diverses statistiques, car les tests ne sont pas toujours les mêmes suivant les auteurs. » (BUIE.)

Les uns pensent que l'on doit se baser uniquement sur l'examen histologique et sur l'inoculation au cobaye.

Les autres qu'il faut porter attention aux seuls caractères cliniques.

Entre ces deux extrêmes, il y a ceux qui attachent de l'importance à une image histologique exclusivement : « *a certain histological picture* ».

KAUFMANN va jusqu'à dire : « *La preuve qu'une fistule soit tuberculeuse est si difficile à donner que je crois le plus souvent le problème insoluble.* »

Cependant les travaux de GABRIEL prouvent avec beaucoup de sûreté que c'est par l'inoculation au cobaye que l'on obtient les plus sûrs résultats. Cet auteur cite l'exemple de six malades où la nature tuberculeuse des fistules a été prouvée par inoculation au cobaye et où il était impossible de penser à la tuberculose par l'étude histologique des tissus.

Voici la « MÉTHOD OF STUDY » de l'Ecole de Rochester (BUIE, SMITH, JACKMANN) :

Qui semble à l'heure actuelle la plus au point :

Ces auteurs ont observé deux cent six cas opérés par excision de la fistule anale.

L'examen complet du malade est fait avant l'intervention : le bilan aussi complet qu'il est possible avec Radio, multiples examens sérologiques, etc...

Au moment de l'intervention, le chirurgien fait particulièrement attention à ne pas trop délabrer la pièce anaomo-pathologique.

Du bloc de tissus ainsi prélevé : une partie va servir à préparer le liquide à injecter au cobaye.

En voici la préparation :

1) Division fine du tissu et broyage au mortier.

2) Mélange de cette pulpe avec 5 cm3 de sérum salé.

3) Le liquide surnageant est centrifugé (une heure, à 2.600 tours minute).

4) Le culot de centrifugation est divisé en deux parties :

a) Une pour la recherche microscopique directe du B.K. par le Ziehl-Neelsen.

b) La deuxième portion du culot de centrifugation est émulsionné avec 5 cm3 de sérum salé et placé au frigidaire pendant 4 à 7 jours pour atténuer la virulence du coli-bacille qui est plus toxique que le staphylo ou le streptocoque pour le cobaye.

5) Deux cobayes sont innoculés :
l'un par voie sous-cutanée,
l'autre par voie intra-péritonéale.

Si les cobayes meurent sans qu'il y ait de grosses lésions avant la troisième semaine, le test n'a pas de valeur.

Si un cobaye meurt après les trois premières semaines et s'il n'y a pas de lésion, le résultat est considéré comme négatif.

Si les animaux sont encore vivants à la fin de la quatrième semaine, celui qui a reçu l'injection intra-péritonéale reçoit une injection sous-cutanée de 0,5 cm3 de vieille Tuberculine. S'il meurt, le test est alors positif : on fait l'autopsie, on note les lésions.

On sacrifie son compagnon et on note également les lésions.

Si les animaux ne sont pas morts, on les laisse vivre jusqu'à la huitième semaine. On les sacrifie alors et les résultats du test sont considérés comme positifs ou négatifs suivant la présence ou l'absence des lésions.

Les résultats sur 206 cas étudiés consécutivement :

Il y eut 11 échecs : les animaux sont morts avant la troisième semaine. Les auteurs attribuent cela à la mauvaise atténuation ou à l'atténuation insuffisante du colibacille dans le liquide d'injection.

Mais cent quatre vingt quinze (195) cas furent étudiés successivement et de complète façon.

Parmi ceux-ci, dans 163 cas (83,6 %) la tuberculose peut-être avec certitude éliminée.

Dans 32 cas (16,4 %) on a pu faire la preuve de la présence de tuberculose dans l'organisme.

Dans ce groupe de 32 cas, dix (5,1 %) ont fourni la preuve d'un foyer tuberculeux, parmi lesquels sept avaient une tuberculose inactive, deux avaient une lésion pulmonaire active, et un avait une tuberculose ganglionnaire cervicale.

L'inoculation donna des résultats positifs dans 22 cas (11,3 %) dans lesquels la technique histologique habituelle d'étude des coupes du tissu adjacent à la fistule avait donné huit résultats positifs (4,1 %). Ces résultats se rapprochent de très près de ceux obtenus par d'autres chercheurs qui avaient utilisé la même méthode d'étude des coupes microscopiques.

Si on s'était fié uniquement à la méthode histopathologique habituelle, on aurait manqué le diagnostic dans 69,6 % des cas. Dans une étude postérieure, de nombreuses coupes provenant des expériences dans lesquelles le diagnostic basé sur les résultats d'inoculation n'avaient pas coïncidé avec ceux obtenus par l'examen histopathologique, Buie et Jackmann ont pu démontrer la présence de tuberculose dans cinq autres cas supplémentaires.

Il y a donc eu treize cas (6,6 % du total) dans lesquels les résultats d'inoculation ont coïncidé avec ceux d'examens microscopiques ; tandis que dans les neuf cas restant (41.8 % des résultats positifs) la preuve de la tuberculose ne pouvait être faite au microscope.

Fréquemment des cellules géantes ont été trouvées dans des coupes de tissus de fistules ano-rectales et parfois confondues avec le tubercule-tuberculeux.

Le « Ziehl-Neelsen » a été essayé sur des coupes provenant de toutes les expériences dans lesquelles les résultats de l'inoculation étaient positifs et le B.K. a été identifié dans trois cas. (1,5 % du total des cas, ou encore 13,6 % des cas où l'inoculation a donné des résultats positifs.)

Parmi les 22 patients pour lesquels on fit la preuve d'une fistule tuberculeuse, 17 (8,7 % des cas étudiés avec succès et 77,3 % de ceux pour lesquels des résultats positifs furent obtenus par l'inoculation) avaient en outre quelque part ailleurs dans l'organisme un foyer tuberculeux. Dans les cinq cas restant de fistule tuberculeuse (2,5 % des cas étudiés avec succès et 22,7 % de ceux pour lesquels l'inoculation était positive) la preuve de foyer tuberculeux ne put être faite.

En conclusion de cette étude :

1) L'inoculation d'animaux par la méthode décrite est le procédé le plus sûr pour déterminer la nature tuberculeuse ou non d'une fistule ano-rectale.

2) Dans cette étude, les résultats positifs ont été obtenus dans 11,3 % des cas, et dans 6,6 % de ces cas seulement les examens histologiques et microscopiques habituels avaient prouvé la présence de tuberculose.

3) Dans 77,3 % des cas de fistules tuberculeuses il y avait un foyer tuberculeux.

4) S'il existe chez le même malade une lésion tuberculeuse pulmonaire et une fistule, cette dernière a de fortes chances d'être de nature tuberculeuse.

5) Dans 5,1 % des cas la coexistence d'une fistule non tuberculeuse et d'un foyer de tuberculose fut prouvée.

6) Les opérés guérissent plus lentement lorsqu'ils étaient porteurs d'une fistule tuberculeuse, mais les résultats finaux sont aussi bons.

On voit que les Américains attribuent une importance toute

particulière à la méthode d'inoculation au cobaye. En France, KAUFMANN se base pour affirmer la tuberculose, sur la concordance de trois faits :

a) Mauvais aspect de la fistule.

b) Cellules géantes.

c) Tuberculose pulmonaire.

PÉRIER distingue trois cas :

a) Les tuberculeux avérés avec vastes décollements cutanés, pus fluide, ulcération vaste. Etat pulmonaire très médiocre, fréquemment autres foyers tuberculeux.

« Nous ne conseillons pas et ne croyons pas devoir intervenir. »

b) Les tuberculeux manifestes qui présentent un trajet fistuleux secondaire à un abcès à pyogènes banaux et chez qui les biopsies demeurent négatives.

« Nous les traitons d'autant plus volontiers que nous craignon une surinfection et le passage au stade précédent. »

c) Les sujets cliniquement sains, mais présentant une fistule d'allure torpide déjà ancienne avec pus grumeleux et biopsie suspecte (cellule géante).

« Nous les traitons également et au besoin d'autant plus largement qu'il existe des clapiers purulents, une peau infectée, nous n'hésitons pas dans un premier temps, à réséquer les tissus malades, à mettre un drainage de sécurité et dans un deuxième temps à abaisser puis sectionner la fistule (technique américaine chez les tuberculeux). »

PÉRIER conseille également vivement l'emploi « per os » d'huile de foie de morue (observation n° 7).

Il faut donc traiter les tuberculeux comme les autres malades et la technique de BRÉGER par son innocuité s'impose de façon particulière dans ces cas.

C'est l'avis formel de KAUFMANN.

« L'intervention sur des tuberculeux porteurs de fistules, à l'anesthésie locale est justifiée par trois ordres d'espoirs :

« 1° La guérison quand la fistule du tuberculeux ne l'était elle-même pas.

« 2° Une amélioration locale sans influence bien nette sur l'état pulmonaire.

« 3° Une amélioration locale et pulmonaire très nette : Cas où la modeste opération sur la fistule a été l'aide indispensable de la thérapeutique des tuberculeux. »

Une note humanitaire est également apportée par le même auteur qui, dans son article, insiste tout particulièrement sur le psychisme de certains individus qui se trouvent affligés d'une infirmité aussi encombrante.

« Il est une catégorie de malades à qui l'on rend un grand service : ce sont les malingres porteurs de fistules, parfois récidivées, et qu'on décourage pour toujours avec le fantôme de la tuberculose.

« Il est des fistules de mauvais aspect, en particulier chez les jeunes : surtout il est des fistules qui ruinent la santé de leur porteur. Dans un nombre important de cas, la tuberculose n'est aucunement en cause. On en parle trop volontiers. S'obstiner à traduire une tache sur la radiographie du thorax pour disserter sur l'origine de la fistule, est un véritable abus.

« Elles guérissent le plus souvent bien et l'état général s'améliore après l'opération. »

La seule vraie contre-indication au traitement est la diarrhée bacillifère.

CINQUIEME CHAPITRE

L'Exploration du Trajet

Il faut d'abord et avant tout pratiquer un toucher rectal et s'efforcer de dépister l'ORIFICE INTERNE.

Rappelons qu'en théorie nous avons vu qu'il était le plus souvent postérieur sur la ligne médiane, souvent latéralement, rarement en avant et situé plus près de l'anus qu'on aurait tendance à le croire, à l'union, semble-t-il, du releveur et du sphincter.

Il est facile relativement de sentir l'orifice interne quand il s'agit d'une fistule déjà ancienne et scléreuse ; dans le cas d'une fistule jeune il faut faire glisser longuement et lentement son doigt sur la muqueuse pour sentir parfois une petite dépression « en cul de poule ». En faisant contracturer le malade on peut alors se rendre compte de la situation de cet orifice, la plupart du temps situé au niveau du faisceau pubococcygien du releveur dont on sent la corde tendue comme une barrière transversale.

Il faut alors procéder au CATHÉTÉRISME DE LA FISTULE : jamais on n'emploiera de stylet, du moins pour commencer.

« C'est un instrument rigide et douloureux dont la progression gênée par les sinuosités du trajet et les contractions du sphincter engendre trop souvent des fausses routes. » (BRÉGER.)

Le seul instrument possible, c'est LA BOUGIE FILIFORME,

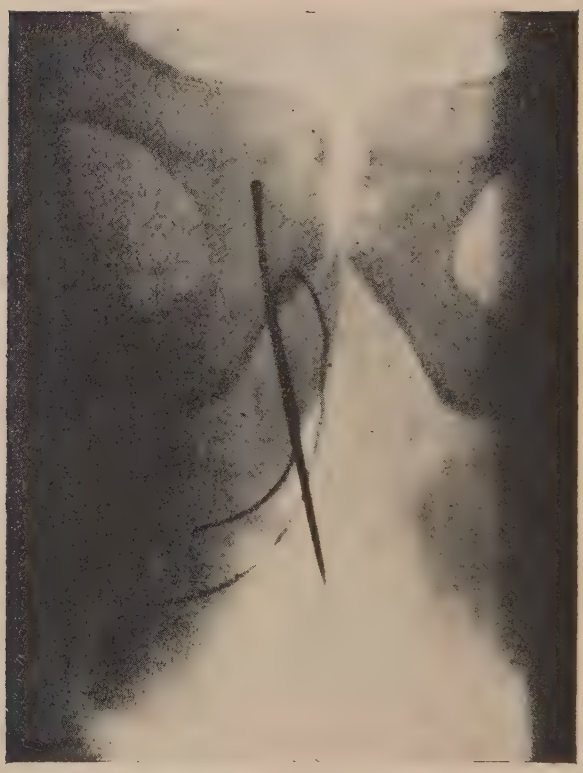

FIG. 1

La sonde opaque forme anse à drainer. Le stylet s'enfonce dans le cul-de-sac de l'abcès sous-muqueux.

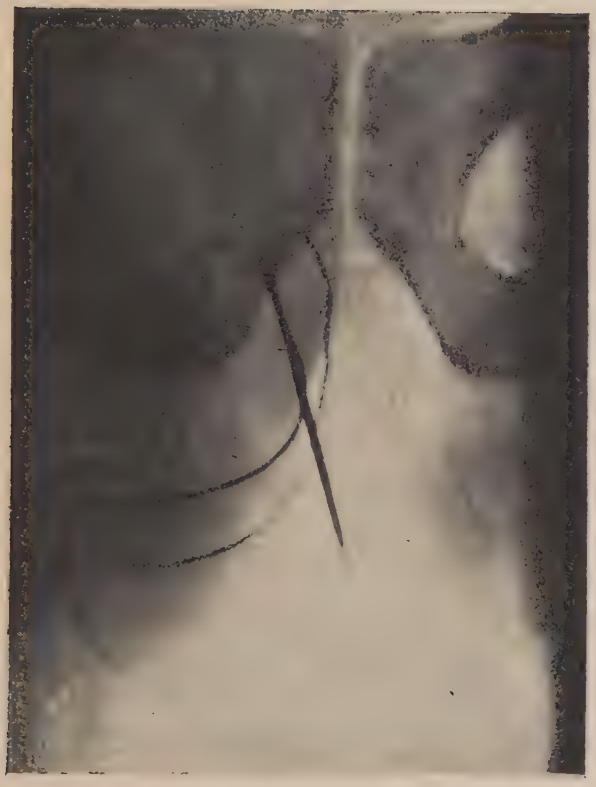

FIG. II

Quinze jours plus tard : le cul-de-sac est comblé, l'abaissement peut commencer.

identique à celle utilisée en urologie, souple et rigide cependant, elle glisse facilement dans les trajets fistuleux et ne crée pas de fausses routes, car elle peut prendre toutes les formes.

Il peut arriver toutefois :

1° Qu'on n'ait pas trouvé l'orifice interne par le toucher.

2° Que la filiforme se soit arrêtée dans la poche sous-muqueuse ; et nous savons que cette muqueuse peut n'être pas ouverte ou encore que l'orifice muqueux peut n'être pas dans l'axe du trajet.

Nous verrons quel traitement adopter au chapitre suivant ; il existe un bon moyen de se rendre compte de cette communication, nous injectons de l'air dans le trajet tout en conservant un doigt dans l'anus : l'air vient éclater en petites bulles sous le doigt rectal, la communication existe donc.
(BRÉGER.)

On peut alors pratiquer une

RADIO DE CONTROLE FACE ET PROFIL

Elle est d'une grande utilité dans les cas difficiles.

BAZY et CHEINE ont employé le collotor. Le lipiodol nous a semblé peu pratique, difficilement interprétable, et ce sont les *sondes opaques* qui ont retenu notre attention ; au cours du traitement des cas difficiles.

On pourra d'ailleurs facilement faire des clichés par ce procédé et suivre ainsi l'abaissement progressif du trajet. (PÉRIER.)

Voici la technique de BRÉGER dans les cas difficiles :

1° Radiographie avec filiforme opaque, clichés face et profil.

2° Compléter par deux autres clichés face et profil après injection de liquide opaque (*lipiodol*), l'étude comparée des clichés permet de situer le trajet principal indiqué par la fili-

forme par rapport aux trajets secondaires possibles et aussi le niveau de l'orifice interne par rapport aux décollements voisins.

Nous avons donc vu comment détecter l'orifice interne, et s'assurer de la perméabilité du trajet et de l'existence des trajets secondaires et des décollements.

Il est cependant des cas où ni filiforme, ni sonde opaque, ni air, ni lipiodol, n'arrivent à passer : ce sont toujours des extra-sphinctériennes. Nous verrons aux traitements des extra-sphinctériennes quelles solutions leur appliquer.

SIXIEME CHAPITRE

LE TRAITEMENT

Après avoir soigneusement fait l'exploration, il convient d'appliquer le traitement.

La méthode de Bréger consiste essentiellement :

1° *A cathétériser et drainer le trajet fistuleux (rendu complet au besoin : cas d'une muqueuse imperforée) par plusieurs fils de nylon sur lesquels une traction discontinue (48 heures par mois environ) est exercée.*

2° *A sectionner à la sonde de* Bréger, *par la haute fréquence, le trajet restant lorsque celui-ci sera devenu intra-sphinctérien.*

Traitement des fistules intra-sphinctériennes :

La méthode de Bréger apporte là un traitement infiniment plus sûr et plus simple que la cure classique et radicale qui consistait, après dilatation anale sous-anesthésie générale, à charger la fistule sur une sonde cannelée et à sectionner les tissus au thermocautère, à tamponner ensuite la plaie par une mèche de gaze renouvelée quotidiennement jusqu'à guérison complète. Pendant ce temps, six à sept jours, l'opéré était constipé.

La méthode de Bréger n'exige en effet ni anesthésie générale, ni dilatation anale, ni constipation, ni méchage, ni alitement. Après l'intervention l'opéré peut s'en aller, et, comme s'il s'agissait d'une plaie banale, prendre lui-même les soins nécessaires pendant les quinze jours que demande, en moyenne, la cicatrisation complète.

« Notre procédé comporte trois temps :

— Cathétérisme du trajet par bougie filiforme.

— Anesthésie locale ou épidurale.

— Section des tissus par courant de haute fréquence.

Il va sans dire qu'il ne s'applique pas aux abcès pariétaux ouverts seulement dans le rectum dont nous indiquons plus loin le traitement.

MISE EN PLACE DE LA BOUGIE FILIFORME.

Comme dans notre procédé de repérage, le trajet est cathétérisé avec une bougie filiforme, mais spéciale, dont l'extrémité interne est ramenée au dehors par le rectum et qui enserre ainsi dans son anse la totalité du trajet fistuleux.

Cette filiforme est faite d'un fil d'acier fin et souple, recouvert de gomme, sauf en son milieu, où il est à nu sur une longueur d'un centimètre. C'est au niveau de cette partie dénudée que le courant de haute fréquence sectionne les tissus.

La filiforme passe généralement sans difficulté dans la fistule. Pour les cas où elle vient butter contre la muqueuse rectale, nous la remplaçons par un trocart très fin (largeur : 13 dixièmes de millimètre ; longueur : 15 centimètres) dans lequel on peut glisser un mandrin, soit mousse, soit pointu. Il faut d'abord s'assurer, par le toucher rectal, que la pointe de la sonde enfoncée dans le trajet est bien arrivée au contact de la muqueuse, puis tout en gardant immobile le doigt rectal qui a repéré le point exact où vient buter la filiforme, on enlève celle-ci et l'on glisse le trocart muni de son mandrin mousse dont l'extrémité vient buter sous le doigt rectal. Le mandrin mousse est alors remplacé par le mandrin pointu que l'on pousse doucement à travers la muqueuse et que l'on enlève à son tour pour passer la filiforme. Puis le doigt rectal maintient le bout de la filiforme contre la paroi rectale, tandis que l'autre main retire le trocart, et il ne reste plus qu'à ramener par l'orifice anal la pointe de la filiforme.

Dans le cas de fistule à trajets multiples, chaque trajet sera traité de même et muni de sa filiforme.

ANESTHESIE

Si le trajet est court (un à quatre centimètres), BRÉGER conseille une injection de solution anesthésique habituelle, dirigée, sous le contrôle du toucher rectal, dans le plan de section de la fistule.

Si le trajet est long, un anuscope à fente permet de repérer le point de sortie de la sonde sur la muqueuse et de faire à ce point, par la fente de l'anuscope et à travers la muqueuse, une série d'injections en profondeur sur une ligne descendant jusqu'à l'orifice anal et dans un plan passant par l'orifice externe de la fistule. Ceci fait, on continue extérieurement comme dans le cas de trajet court.

Dans le cas d'un long trajet ou de plusieurs trajets, ou même chez un malade pusillanime, nous préférons avec Mme LANNEGRACE-PARTURIER et PÉRIER, faire une épidurale de 60 centigr. de novocaïne, elle n'immobilise pas davantage le malade qui se repose seulement quelques heures après l'intervention et rentre chez lui par ses propres moyens.

DEBRIDEMENT PAR COURANT DE HAUTE FREQUENCE

La section des tissus est faite par la filiforme reliée à un appareil de haute fréquence. Il faut s'assurer que la partie coupante correspond bien au sommet de l'anse, en joignant très exactement les deux extrémités de la filiforme, dont les deux parties, de chaque côté de la portion coupante, ont été faites pour cette raison, de la même longueur. En même temps, un doigt rectal éloigne de la filiforme la paroi rectale opposée que le courant pourrait atteindre et contrôle la chaleur dégagée. Car celle-ci, quand elle devient trop forte, diffuse dans les tissus voisins, et donne au patient une sensation très désagréable de brûlure. Pour cette raison, il faut sectionner lentement, par inter-

valles : une à trois secondes de section pour dix à quinze de repos.

La surface de section est ensuite vérifiée à l'anuscope, afin de supprimer par coagulation, à l'aide d'une sonde diathermique habituelle, les points de saignements qui pourraient persister, ainsi que les trajets secondaires s'il en existe.

Cet examen doit être particulièrement minutieux à la partie haute du trajet, car le décollement sous-muqueux peut dépasser en hauteur le niveau de l'orifice interne. La section aura donc pu laisser au-dessus d'elle une petite cavité recouverte d'une voûte muqueuse qu'il faudra sectionner avec une sonde diathermique rigide. A ce sujet nous rapportons une observation avec échec partiel dû à une faute technique de ce genre. (Voir observation n° 5.)

QUAND AUX SOINS POST-OPÉRATOIRES, ILS SE RÉDUISENT A UNE APPLICATION DE POMMADE AU COLLARGOL SUR LA PLAIE, MATIN ET SOIR ET APRÈS LES SELLES.

En effet, bien que tous les traités classiques insistent sur l'importance primordiale qu'il y a, pour éviter les récidives, à maintenir les lèvres de la plaie écartées par une mèche de gaze, ce qui nécessite de douloureux pansements quotidiens, nous n'hésitons pas à affirmer que les tissus coagulés n'ont aucune tendance à se coapter, que l'emploi d'une mèche est absolument inutile et que la cicatrisation se fait toujours à plat sans qu'il soit besoin d'autre pansement qu'un peu de pommade.

Cette invincible croyance à la coaptation des tissus sectionnés reproduisant la fistule est l'erreur capitale qui a fait admettre la nécessité du méchage, alors que l'unique cause des récidives est due au fait que le trajet n'a pas été sectionné dans sa partie haute jusqu'à son orifice interne ou au recessus sous-muqueux qui en tient lieu.

En poussant son stylet rigide pour atteindre le rectum, l'opérateur passe à côté ou en dessous de la partie haute du trajet, créant ainsi un faux trajet et un faux orifice interne et c'est cette portion méconnue qui, quelques semaines plus tard, provoque la formation d'un nouveau trajet, donnant l'illusion qu'il est dû à la réunion des parties sectionnées.

« Une fistule bien opérée n'a pas besoin d'être méchée. Le mauvais repérage des trajets, avec comme conséquence leur débridement incomplet par suite de fausses routes, est la cause unique des récidives. » (BRÉGER.)

TRAITEMENT DES ABCÈS PARIÉTAUX OUVERTS DANS LE RECTUM :

Ces abcès sont rares. Nous les traitons en débridant la muqueuse au bistouri électrique, à l'aide d'un anuscope à fente. Ce débridement, quand il est suffisant, amène une guérison rapide, mais parfois l'abcès, soit parce que sa partie basse n'a pas été débridée, soit plutôt parce qu'il possède déjà un prolongement profond insoupçonné, évolue comme s'il n'avait pas été ouvert et gagne la peau plus ou moins rapidement en donnant une fistule complète. Il ne faut du reste pas attendre cette éventualité et, dès qu'on s'en aperçoit, aller au-devant de cet abcès, par une incision précoce. C'est donc à tort que l'on donne à ces abcès, quand ils persistent, le nom de fistule borgne interne. Celle-ci, nous le répétons, n'est toujours qu'un stade évolutif de la fistule complète.

TRAITEMENT DES FISTULES EXTRA-SPHINCTÉRIENNES :

Hormis le cas où la portion du sphincter situé au-dessus de l'orifice interne est suffisante pour assurer le bon fonctionnement du muscle, aucune fistule extra-sphinctérienne ne doit être opérée par débridement, en raison de l'incontinence sphinctérienne consécutive possible. Aussi tous les procédés chirurgicaux employés, ont-ils pour but de respecter l'intégrité du sphincter ou de la rétablir après sa section. Il est cependant le plus souvent inutile et parfois dangereux d'avoir recours à la chirurgie pour le traitement des fistules extra-sphinctériennes.

Pour nous, ces fistules doivent être traitées par le drainage filiforme, seul traitement nécessaire et suffisant.

Contrairement à l'opinion habituelle qui est de considérer le drainage filiforme comme un temps possible mais accessoire du traitement chirurgical, nous estimons que ce n'est que dans quelques cas spéciaux, heureusement rares, que la chirurgie doit accessoirement intervenir.

Drainage continu et abaissement progressif de l'orifice interne vers l'anus, voilà les deux données essentielles qui, associées, se complètent l'une par l'autre.

TECHNIQUE

1° La mise en place de la bougie filiforme ne rencontre pas d'obstacle.

Il suffira de la remplacer par les fils de drainage en NYLON que nous préférons aux divers anses à drainer employées soit caoutchouc, soit bougie en gomme, soit crins de Florence.

En effet, le NYLON que nous employons s'est montré imputrescible ou presque, d'où inutilité de le changer plus d'une fois par mois.

Pour l'introduire dans le trajet fistuleux, on se sert d'une grosse aiguille creuse libre de son mandrin qui, dans un premier temps, sera mise en place dans le trajet : on glisse les nylon à l'intérieur ; ils sortent dans l'ampoule.

Pour les extérioriser, nous utilisons le petit instrument créé par BEAUGEARD, sorte de petit crochet à pointe mousse, et les deux extrémités des fils sont fixées à la peau par un albuplast.

Les trajets secondaires existants sont traités de la même façon. Dans les jours suivants, le pus s'écoule abondamment tandis que disparaissent la douleur et l'inflammation locale, ainsi que les phénomènes généraux quand ils existent, puis peu à peu le pus diminue, devient séreux, et à partir de ce moment, on peut être assuré de ne plus voir se former ni abcès, ni trajet nouveau.

La condition essentielle de ce drainage, c'est qu'il soit

maintenu très longtemps, des semaines, des mois, parfois même davantage.

Sa DURÉE varie selon que la fistule est jeune ou ancienne, à parois souples ou fibreuses, selon la longueur du trajet, l'importance du décollement sous-muqueux, le nombre et la situation des poches purulentes adjacentes.

C'est ainsi qu'un clapier situé au-dessus du plancher du releveur (décollement pelvi-rectal supérieur) nécessitera un drainage de très longue durée.

La diminution du pus, sa transformation en sérosité, le comblement de la poche sous-muqueuse et des clapiers voisins qu'il faudra vérifier de temps à autre par des radiographies faites avec filiforme opaque et lipiodol, indiqueront le moment où le drainage filiforme a produit tout son effet et où l'on peut commencer

LA SECTION LENTE ET INTERMITTENTE DU SPHINCTER

Cette section s'obtient en serrant et en nouant sur un bouton de galalithe les extrémités de la filiforme ou des crins préalablement engagés dans les trous de ce bouton. Celui-ci sert de support de traction et empêche l'anse de drainage de porter directement sur la peau, qui sans cela peu à peu serait entamée.

L'anse doit être suffisamment serrée, pas trop cependant car elle ne doit descendre que de quelques millimètres.

Nous laissons la traction agir pendant 48 heures, l'anse coupe quelques millimètres de fibres musculaires, prend du jeu et la section s'arrête d'ailleurs d'elle-même.

Tout danger de section importante est donc écarté. Nous reproduisons cette traction de 48 heures, tous les mois environ, nous réservant dans les fistules jeunes, peu scléreuses, cicatrisant bien, de raccourcir cet intervalle à 15 jours environ. Car bien entendu il ne faut jamais faire un nouveau serrage tant que n'est pas faite la cicatrisation des tissus sectionnés et des décollements situés au-dessus du sommet de l'anse

La méthode est sans danger puisqu'il est possible à tout moment d'arrêter la section musculaire, si le toucher rectal indique que la portion du muscle sectionné ne reprend pas son fonctionnement normal. De temps en temps, il faut prendre soin de changer les fils sans attendre leur rupture spontanée, car une fistule drainée se ferme avec une rapidité surprenante dès qu'elle

a perdu son drainage. Deux à trois jours, parfois moins, suffisent, et l'on peut avoir les plus grandes difficultés pour remettre en place un nouveau drainage.

2° Le cathétérisme de la fistule est impossible.

Cas heureusement rare. Filiforme et trocart viennent buter sur un coude ou dans le fond d'un clapier d'où l'on n'arrive pas à reprendre le trajet.

C'est dans ces cas qu'il faut intervenir chirurgicalement, après avoir précisé par radiographie au lipiodol le trajet fistuleux et le siège des clapiers.

Nous relatons d'ailleurs une observation où il fallut sous anesthésie générale, faire une dilatation anale, puis la section au bistouri de toute une gange scléreuse qui séparait, au moment du cathétérisme, le doigt intra-rectal de l'instrument alors engagé dans le trajet fistuleux. (Observation n° 5.)

Au besoin, il faudra élargir le trajet fistuleux pour passer le doigt, effondrer au passage tous les clapiers rencontrés et poser un nombre plus grand de fils de nylon.

Dans tout ceci, une seule précaution à prendre : ne pas léser le sphincter et placer le drainage filiforme en faisant le minimum de dégâts dans la traversée du muscle.

Par ce procédé on ramène ainsi ces cas difficiles au cas habituel décrit plus haut.

INCONVENIENTS ET AVANTAGES DE LA METHODE

Le gros inconvénient C'EST SA DUREE, condition pourtant essentielle du succès. Et cependant, la comparaison n'est pas toujours à son désavantage. Que de fistules dont les échecs opératoires ont porté sur plusieurs années. « *Tout chirurgien qui a vécu les décevantes péripéties d'une fistule qui ne veut pas guérir nous comprendra.* » (Brégeр.)

Il arrive aussi parfois que le drainage filiforme mis en place ne s'avère pas efficace. Il s'agit de fistules à clapier qui, par leur forme ou leur siège, échappent au drainage et manifestent leur persistance par des alternatives de rétentions et de décharges purulentes avec ou sans fièvre. Là encore, radiographie au lipiodol, puis sous-anesthésie locale, effondrement de ces clapiers au doigt ou à l'aide de pinces.

Par contre, ce traitement a l'avantage d'être ambulatoire, sans danger, complètement indolore sauf pour les périodes d'abaissement, et de permettre une vie normale. Il n'entraîne ni délabrement, ni perte du tissu et par suite les cicatrices sont réduites au minimum.

« *Mais ce qui importe avant tout, ce sont les résultats. Ils sont d'autant plus intéressants que la plupart des cas que nous avons eu à traiter étaient des rebuts chirurgicaux : fistules opérées une, deux et même trois fois, fistules en fer à cheval avec gros décollement, pour lesquelles il eût été bien téméraire de proposer un traitement chirurgical.*

« *Citons le cas d'une de ces fistules pour laquelle son possesseur avait été réformé et qui nous a demandé deux ans de drainage pour combler l'énorme cloaque purulent que constituait en arrière du rectum le sommet de cette fistule. Sa guérison est parfaite.* » (BRÉGER.)

Il nous reste à dire les résultats obtenus par les divers auteurs qui ont employé la méthode.

BRÉGER a rapporté 600 cas traités par sa méthode dont 80 extra-sphinctériennes.

Il n'eut que de bons résultats : seuls deux malades ayant perdu leurs fils de drainage entre deux périodes d'abaissement ; il lui fut impossible de cathétériser le trajet qui s'était comblé dans l'intervalle.

PÉRIER a publié une série de 80 cas en 1946 dont 19 intra-sphinctériennes avec un recul de trois ans : pas d'échecs.

Nous ne détaillerons pas toutes les observations des quarante quatre malades : 12 femmes, 32 hommes que nous-mêmes avons suivi, ce serait fastidieux ; il nous suffira de dire que tous ont

guéri en deux à dix mois et que 15 étaient porteurs de fistules extra-sphinctériennes, les autres de trans-sphinctériennes.

***

Nous rapportons ici certains cas difficiles à l'occasion desquels nous pourrons tirer des leçons de technique, là en effet où la technique fut impeccable, il n'y eut jamais d'échec.

Observation 1. — Fistule a trajets multiples

Mme R... vient consulter le 29 septembre 1945.

Elle présente un périnée en écumoire avec cinq orifices externes, tous suppurants, de gros blocs de sclérose ; notre première idée est celle de lymphogranulomatose que le Frei et l'anamnèse viennent infirmer ; au toucher il existe un orifice médian-postérieur difficilement perceptible au milieu d'un gros bloc de sclérose.

Tous ces trajets sont drainés après courte incision pour les ramener à deux : un à droite, un à gauche ; la secrétion s'assèche progressivement, la fistule droite est sectionnée le 13 novembre 1945.

Un mois après, la plaie est sèche et la région fessière reprend une consistance normale. La fistule gauche est toujours en drainage depuis ; le trajet s'abaisse régulièrement et la section pourra se pratiquer dans quelques semaines.

Observation 2. — Fistule urétrale

Marc P..., 23 ans, vient consulter le 19 décembre 1945 pour une suppuration due à une fistule dont l'orifice externe est situé sur la ligne médiane à 3 centimètres en avant de l'orifice anal au niveau du périnée postérieur. Ne souffrant pas, ne saignant pas, le malade dit qu'à chaque miction l'urine s'écoule par le trajet fistuleux.

A l'exploration, la sonde remonte parallèlement au périnée jusqu'à 10 centimètres sans que le doigt rectal puisse la sentir. Le malade est confié au service des voies urinaires (Dr Carliet) où l'on pense à une étiologie bacillaire par lésion orchi-épididymaire.

Traitement médical : stérogyl 15.
Drainage au nylon du trajet fistuleux.
Revu le 20 mars 1946.

Le malade n'urine plus par sa fistule dont la suppuration semble tarie le 6 juin 1946.
Depuis le malade a été perdu de vue.

Observation 3. — Pose des fils sous anesthésie générale

Le malade, venu consulter en mars 1946, a été opéré en 1937 d'un phlegmon ischio-anal gauche. Récidive en 1943. En février 1945, apparition d'une fistule à droite. A l'examen, on sent au toucher une véritable gangue fibreuse englobant les muscles et la muqueuse, et la sonde introduite par les orifices externes demeure séparée du canal anal par plusieurs centimètres de fibrose. Le malade doit être anesthésié afin de placer les fils de drainage qui entraînent un assèchement rapide de la plaie. On commence l'abaissement bilatéral à partir de décembre 1946. Il s'est poursuivi sans incidents et la section à l'aide de l'anse diathermique a été pratiquée trois mois après.

Observation 4. — Fistule borgne externe

M. W..., âgé de 67 ans, vient nous consulter en septembre 1945 pour une fistule externe dont l'orifice est situé à 8 cm. de l'anus à gauche. La sonde s'y enfonce jusqu'à 12 centimètres en droite ligne, parallèlement au canal anal, mais nettement séparée de lui et le toucher combiné montre qu'il n'existe aucune communication décelable, ce que confirme la radio. Pas non plus

d'altération osseuse voisine. Le malade nous apprend que cette fistule a débuté il y a 17 mois par un bouton sur la peau, qu'elle suppure deux à trois fois par an pendant huit à dix jours, qu'il n'existe aucune douleur. Il a consulté de nombreux médecins qui, n'ayant trouvé aucune étiologie et se basant sur la faible suppuration et l'excellence de l'état général, lui ont déconseillé toute intervention. Malgré cette réserve, nous croyons devoir les imiter.

Ce cas semble d'ailleurs se rapprocher de quelques autres (60 cas) signalés par DUKE : la fistule, vraiment borgne externe alors, serait alimentée par un débris embryonnaire resté inclus dans la graisse ischio-anale.

OBSERVATION 5.

NÉCESSITÉ D'UNE PETITE ÉLECTRO-COAGULATION DU SINUS

Un de nos premiers malades, M. B..., porteur d'une fistule mixte, est opéré après un mois de drainage. Suites opératoires excellentes.

Deux mois après, le malade revient en accusant un suintement discret mais persistant. La plaie est presque cicatrisée, mais à l'examen une goutte de pus sourd à l'extrémité interne de celle-ci. Le malade est montré au Dr BRÉGER qui estime que la section électrique a porté quelques millimètres trop bas. Sous anuscopie, il coagule la petite zone susjacente à la section et la secrétion est immédiatement et définitivement tarie. Le malade ayant été suivi depuis deux ans sans aucune récidive, il s'agit là, non d'un échec de la méthode, mais d'une petite faute de technique, apanage des débutants.

OBSERVATION 6. — FISTULE EN FER A CHEVAL

M. M... a été opéré en septembre 1945 d'un phlegmon ischio-rectal qui a continué à suppurer. Le même chirurgien

réopère en mars 1946, enlève une quantité importante de tissus, sans aucun résultat.

Le malade est hospitalisé le 11 mai 1946, il existe au toucher rectal un orifice interne postérieur médian et un écoulement de pus très abondant par la plaie droite.

Le malade est drainé avec le diagnostic de fistule extra-sphinctérienne droite.

Au mois d'octobre, il n'existe aucune amélioration. Une radiographie pratiquée le 12 octobre 1946 (Dr BOUDAGHIAN), met en évidence un trajet en fer à cheval du côté gauche, expliquant l'échec du drainage simple, qui aurait dû être complété par un drainage de l'autre côté en créant un second trajet fistuleux.

OBSERVATION 7

Un sujet indochinois, âgé de 32 ans, vient consulter pour une fistule à trajets multiples. La région fessière est indurée, suppurante, avec un gros œdème.

Le toucher rectal douloureux, montre une grosse sclérose noyant l'orifice externe difficile à repérer.

L'étiologie lympho-granulomateuse est éliminée en principe par la négativité du Freï. Deux drainages sont établis. Malgré une surveillance régulière, une contre-incision pour ramener les orifices externes à deux, la sulfamidothérapie, l'abaissement du trajet, en pratique au bout de six mois de soins l'amélioration est pratiquement nulle.

Le malade est perdu de vue pendant trois mois. Il revient à ce moment et, à notre stupéfaction, l'examen montre une guérison quasi-totale : disparition de l'induration fessière, assèchement et fermeture des trajets, toucher rectal à peu près normal.

Le malade attribue sa guérison (et nous serions bien tentés de partager son avis) à une cure d'huile de foie de morue dont il a ingéré trois cuillerées à soupe par jour pendant trois mois.

Observation 8

(Dûe à l'obligeance de Mme le Dr Lannegrace-Parturier)

Echec partiel. — Fistule a trajets multiples. Légère incontinence

Mme F..., âgée de 52 ans, nous consulte en mars 1946.

Elle souffre depuis l'âge de 18 ans. A cet âge : abcès de la marge anale incisé. Fistulisation.

Depuis, a été opérée six fois. Récidive toutes les fois, un à deux ans après l'intervention.

1940, abcès. Propidon. Guérison apparente et nouvelle fistulisation.

Depuis quatre mois, petite poussée inflammatoire avec écoulement toutes les trois semaines.

A l'examen, le 25 mars 1946, deux trajets fistuleux extra-sphinctériens à 7 heures et 8 heures (en genu-pectorale) avec prolapsus important, écoulement hémorragique et purulent. Cicatrices anciennes dures, fibreuses, douloureuses.

Nous drainons les deux trajets suivant la méthode de Bréger. Le plus court trajet, 4 à 5 cm., est abaissé et mis à plat au bout de trois mois, sans incident.

Le plus long trajet semble suffisamment abaissé dix mois après (janvier 1947). Il est mis à plat par électro-coagulation à la sonde de Bréger.

Cependant quelques fibres sphinctériennes ont dû être intéressées dans la section.

La malade présente alors une incontinence des matières, même bien moulées.

On lui fait, en bipolaire, quelques points d'électro-coagulation au niveau de la muqueuse.

Juin 1947. Amélioration considérable. Plus de prolapsus, ni d'écoulement, les plaies sont cicatrisées, seulement de temps à autre (deux fois en deux mois) une légère incontinence.

La malade d'ailleurs préfère ces petits inconvénients isolés à son état antérieur qui la retenait à la chambre de façon presque constante.

Vu et permis d'imprimer :

Le Doyen de la Faculté des Sciences chargé des fonctions
de Recteur de l'Académie de Paris,

CABANNES.

Vu : Le Doyen,

Léon BINET.

Vu : Le Président de Thèse,

SENÈQUE.

CONCLUSIONS

I. — *De multiples procédés ont été décrits depuis l'antiquité pour le traitement des fistules anales.*

A l'heure actuelle on emploie deux méthodes basées schématiquement sur :

A) *La dissection du trajet (Cunéo et Picot, Cabanié, Lenormand et Kapandji, de Chauvigny [de Lyon], Roblès).*

B) *La section du trajet après drainage, soit rapide (Kaufmann), soit lent (Bréger).*

II. — *Beaucoup plus que l'orifice externe, c'est l'orifice interne et son sinus sous-muqueux qui sont la cause de la maladie et contre lesquels devront tendre les efforts thérapeutiques.*

III. — *Le rôle de la tuberculose a été diversement apprécié : il semble que le traitement doit être identique.*

IV. — *La méthode de Bréger consiste à drainer le canal fistuleux par un séton et à s'aider de l'abaissement progressif à travers le sphincter par une traction discontinue.*

V. — *La méthode de Bréger présente un inconvénient majeur : la durée du traitement (six mois en moyenne pour une fistule extra-sphinctérienne).*

Par contre, elle est : indolore, ambulatoire, et ne connaît pratiquement aucun échec.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

(Ouvrages qui nous ont inspiré seulement)

Pour l'Historique

ABULCASIS. — De curationis fistularum, 80, Tolède 1523.

AVICENNE. — Avicennoe, medicorum arabum — principis liber. Bâle 1556

CELSE. — De re medica Liber VII, traduit par Misard 1846 (Paris).

D'EGINE Paul. — Chirurgie, par R. Briau, Paris, 1865.

HIPPOCRATE. — De fistulis, traduit par Littré (6).

CHAULIAC (Guy de). — La grande chirurgie, 1683.

PICOT (Paul). — Thèse, Paris, 1883.

PARÉ (Ambroise). — Œuvres complètes traduites par Malgaigne, t. II.

CHASSAIGNAC. — Traité des questions chirurgicales, t. II.

POZZI. — Etudes sur les fistules pelvi-rectales, th. Paris, 1873.

Pour les autres Chapitres

BAZY. — Expl. fistules soc. Chir. Mars 35, n° 10.

BREGER. — Fistules anales et traitement. Feuilles du Praticien, sept.-oct. 1945.

CAPETTE et BREGER. — La cure radicale ambulatoire des fistules intra-spinctériennes. Concours médical, 15 mai 1938.

BUIE L. A. SMITH N. O. AND JACKMANN R. J. — Rôle of tuberculosis in anal fistula. Surg. Gyn. a. obs. I, II, 39, t. 68 n° 2, pages 191, 195.

CABANIÉ. — Sur l'excision des fistules anales très complexes. Paris médic., 8 oct. 1938, t. 28, n° 41, p. 254-258.

BLANQUINE. — Thèse, Paris 1936.

CABANIÉ. — Les fistules anales et leurs infections causales. 1 volume, Baillière, édit., Paris, 1938.

CABANIÉ. — Anatomie du sphincter. Bull. acad. Méd., 31 août 1939.

CABANIÉ. — Acad. chirurg., 31 mai 1939.

DE CHAUVIGNY. — Thèse, Lyon, 1937.

CAPETTE et BREGER. — S. N. Chir., séance du 9-12-36.

CUNEO et PICOT. — Traitement des fistules extra-sphinctériennes. Soc. Nouv. Chir., 1935.

DARDEL. — Les injections sclérosantes dans le traitement des fistules.

DELORE. — Autoplasties graisseuses dans les fistules anales.

FILIPPI MAX. — Fistules anales et sclérose chimique. Archives des maladies de l'appareil digestif, mai-juin 1944, p. 94.

GASCON. — Traitement ambulatoire des fistules ano-rectales, thèse, Paris, 1937.

GABRIEL (W. B.). — Results of experimental and histological investigation into 75 cases of rectal fistuloe. Proc. Roy., soc. méd. (sec. Surg.), juin 1921, 14. 156.

GABRIEL (W. B.). — Results of an experimental and histological investigation into seventy five cases of rectal fistuloe, p. 154-161. — Collected papers of St-Mark's Hospital London H.K. Lewis and C°Ltd. 1935.

HARTMANN. — Chirurgie du rectum.

HEURTELOUP. — Quoted by Freeman, Léonard In Klebs A. C. tuberculosis, p. 768. New-York, D. Appleton and C° 1909.

JACKSON. — Fistules extra-sphinctériennes. Traitement par l'excision et l'abaissement de la muqueuse rectale (procédé de Cuéno-Picot). Thèse, Paris, 1926.

KAPANDJI. — Excision et suture complète immédiate des fistules. Thèse. Paris, 1935.

KAUFMANN. — Traitement ambulatoire des fistules anales. Presse médicale, 12 juin 1935.

KAUFMANN. — Fistules ano-rectales, leur traitement ambulatoire. **a)** Le Documentaire médicale, mars 1936 ; **b)** Presse médicale, 29 juin 1932.

KAUFMANN. — Tuberculose et fistule anale. Presse médicale. 11 février 1939, t. 47, n° 12, p. 221-223.

LEMAIRE (J.). — La diathermo-coagulation monopolaire en petite chirurgie ano-rectale, thèse, Paris, 1939.

LOCKART MUMMERY. — The Lancet, 21 mars 1936.

MASSE (L.). — Fistules anales. Thèse, Paris, 1933.

MOLLIERE. — Maladies du rectum et de l'anus. Thèse, Paris, 1877.

PERIER. — Traitement des fistules anales (extra-sphinctériennes) par le drainage continu et l'abaissement progressif. Archives méd., appareil digestif, octobre-novembre 1946.

PICOT. — Traitement des fistules anales, méd., oct. 1924 6. 61.

PICOT. — Thèse, Paris, 1883.

QUENU. — Société nationale de chirurgie, séance du 3 oct. 1887.

REHN (E.). — Traitement chirurgical. Zentralbl. Chirurg., janvier 1934 61. 148.

RESTREPO. — Indications et technique des injections sclérosantes dans les fistules. Revue méd., Colombia, 1931.

ROBLES. — (Rapport Cunéo.) Un procédé facile de cure radicale des fistules de l'anus. B. et M. soc. de chir. Paris, avril 1932.

ROCHET (Ph.) et VIOLET. — Traitement des fistules anales extra-sphinctériennes (lien élastique). Presse méd., 7-12-38.

SIEBNER (M.). — Opération de Whitehead. Chirurgie, fév. 1932 4. 97.

STEPHEN SMITH. — The immediate closure and rapid cure of fistula in ano. New-York, Medical Record, 1886.

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (Justin).
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIÈVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	ff DE GENNES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET.
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (Henri).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (Guy).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

DOGNON *(Physique médicale)*, GAILLARD *(Parasitologie)*,
HALPHEN *(O. R. L.)*, JAYLE M. *(Chimie médicale)*, Mlle J. LÉVY *(Pharmacologie)*
OLIVIER *(Anatomie)*

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER. DELMAS. N... ff DEBEYRE
Anatomie pathologique	DELARUE. Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET. FASQUELLE.
Biochimie médicale	ETTORI. SCHAPIRA.
Dermato-Syphiligraphie	DEGOS.
Histologie	COUJARD. DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.
Médecine légale	DESOILLE.
Neurologie	DE SÉZE.
Obstétrique	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.
Ophtalmologie	OFFRET
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT, L. C.
Pathologie chirurgicale	FEVRE. HUGIER. LEGER. MERLE d'AUBIGNÉ
Pathologie chirugicale	PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.
Pathologie expérimentale	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (Gilbert) FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIÉ.
Pédiatrie	LAPLANE. MARIE (Julien).
Pharmacologie	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON. PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiatrie	BARUK.
Thérapeutique-Agr. c. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE, R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES et AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM. BASSET *(Pathologie chirurgicale)*, BRINDEAU *(Obstétrique)*, HUGUENIN *(Anatomie pathologique)*, LE LORIER *(Obstétrique)*, VAUDESCAL *(Obstétrique)*

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE.
	BASSET.
	DE GAUDART D'ALLAINES.
	FUNCK-BRENTANO.
	GATELLIER.
	MÉNEGAUX.
Clinique médicale	BARIETY.
	BOULIN.
	CHEVALLIER.
	COSTE.

	MM.
Clinique médicale	DE GENNES.
	HAGUENAU.
	MOLLARET.
	MOUQUIN.
	TURPIN.
Clinique obstétricale	ECALLE.
	LACOMME.
Clinique ophtalmologique	RENARD.
Cliniq. oto-rhino-laryngologique	HALPHEN.

V. — CHARGÉS DE COURS

	M.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef	Docteur A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.